様式第1号(第7条関係）

年　　月　　日

　さくら市長　　　　　　様

申請者　住所

氏名

電話

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

さくら市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付の対象となる事業を受けたいので、さくら市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | 性別 | 住民となった年月日 |
| 氏名 |  | 年　月　日 | 男・女 | 年　月　日 |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 主治医 | 治療方法 |
|  |  | 手術・放射線・薬剤その他（ ） |
| がんの治療を受けていることを証する書類 | 診療報酬明細書・治癒方針計画書その他（ ）※該当するものを〇で囲む |
| 購入した補整具 | 医療用ウィッグ | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9 ※1 円未満切捨 |
|  |  | （ア） | 　　　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（右側） | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9 ※1 円未満切捨 |
|  |  | （イ） | 　　　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（左側） | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9 ※1 円未満切捨 |
|  |  | （ウ） | 　　　　　　　　　　円 |
| 他からの補助金の有無 | 有 ・ 無 （どちらかを○で囲む） |
| 申請金額の算定 | 医療用ウィッグ | 補助金額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額 | （Ａ） | 　　　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（右側） | 補助金額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額 | （Ｂ） | 　　　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（左側） | 補助金額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額 | （Ｃ） | 　　　　　　　　　　円 |
| 補助金の申請額 | （Ａ）+（Ｂ）+（Ｃ）の合計 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※ 添付書類

①がん治療を受けていること、又は受けていたことを証する書類

②補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類

③脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類（医療用ウィッグの場合に限る。）

④その他補助金等の受給があるときは、その交付決定通知書等（コピー可）

さくら市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の補助対象審査のため、私の住民登録及び市税等の納付状況について、市が調査することについて同意いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）